

FR_GERICHTE 605 2013 258 vom 12. März 2015

FR Kantonsgericht, 2015-03-12, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2013_258

FR: FR_GERICHTE 605 2013 258 du 12 mars 2015

IT: FR_GERICHTE 605 2013 258 del 12 marzo 2015

Regeste

Arrêt de la Ie Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal | Invalidenversicherung

Erwägungen

E. 1

Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par une assurée directement touchée par la décision attaquée, le recours est recevable.

E. 2

a) Aux termes de l'art. 8 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1), applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI ; RS 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. D'après l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. D'après l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b), et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée comme suit selon le taux de l'invalidité : un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente ; lorsque l'invalidité atteint 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente ; lorsqu'elle atteint 60% au moins, l'assuré a droit à trois-quarts de rente et lorsque le taux d'invalidité est de 70% au moins, il a droit à une rente entière. Tribunal cantonal TC Page 4 de 8 b) D'après l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. L'ancien Tribunal fédéral des assurances a jugé que les principes développés par la jurisprudence sur les notions d'incapacité de travail, d'incapacité de gain, d'invalidité et de révision ainsi que sur la détermination du taux d'invalidité s'appliquent en principe également sous l'empire de la LPGA (ATF 130 V 343). Il découle de la notion d'invalidité que ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée ; ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci, c'est-à-dire une incapacité de gain qui sera probablement permanente ou du moins de longue durée (ATF 127 V 294). Le taux d'invalidité étant une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, et pas une notion médicale, il ne se confond donc pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 122 V 418). En d'autres termes, le degré d'invalidité résulte de la comparaison du revenu d'invalide, soit ce que l'assuré est encore capable de gagner en utilisant sa capacité

résiduelle de travail dans toute la mesure que l'on est en droit d'attendre de lui, avec le revenu sans invalidité, à savoir ce qu'il pourrait gagner si l'invalidité ne l'entravait pas. C'est l'application de la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Cette comparaison s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Pour ce faire, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente. Les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue être prises en compte (ATF 129 V 222, 128 V 174 et les références citées). c) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (Tribunal fédéral, arrêt non publié I 946/05 du 11.05.2007 publié in SVR 2007 IV no 44 p. 144 ; ATF 102 V 165 et les références citées). d) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration, ou le juge en cas de recours, a besoin d'informations que seul le médecin (éventuellement aussi d'autres spécialistes) est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 114 V 310, 105 V 156, 115 V 134 consid. 2, 125 V 261 consid. 4). e) Aux termes de l'art. 8 LAI, l'assuré invalide ou menacé d'une invalidité a droit aux mesures de réadaptation nécessaires qui sont de nature à rétablir, à maintenir ou à améliorer sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels, qu'il ait ou non exercé une activité lucrative préalable. Selon l'art. 10 al. 1 LAI, le droit aux mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle et aux mesures d'ordre professionnel prend naissance au plus tôt au moment où l'assuré fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29, al. 1, LPGA. L'al. 3 de l'art. 10 LAI prescrit, quant à lui, que le droit s'éteint au plus tard à la fin du mois pendant lequel l'assuré a fait usage de son droit de percevoir une rente anticipée de l'assurance-vieillesse et survivants (ci-après : LAVS) ou à la fin du mois au cours duquel il a atteint l'âge de la retraite. L'examen d'un éventuel droit à des prestations de l'assurance-invalidité doit par conséquent procéder d'une démarche au centre de laquelle figure avant tout la valorisation économique des aptitudes résiduelles - fonctionnelles et/ou intellectuelles - de la personne assurée. Les mesures qui peuvent être exigées de la personne assurée doivent être aptes à atténuer les conséquences de l'atteinte à la santé (ATF 138 I 205 consid. 3.1 p. 208 et la référence, 139 V 399 p. 403). Sont réputées nécessaires et appropriées toutes les mesures de réadaptation professionnelle qui contribuent directement à favoriser la réadaptation dans la vie active. L'étendue de ces mesures ne saurait être déterminée de manière abstraite, dès lors qu'elles présupposent un minimum de connaissances et de savoir-faire et que seules entrent en ligne de compte, en vue de l'acquisition d'une formation professionnelle, celles qui peuvent s'articuler sur ce minimum de connaissances. Au contraire, il faut s'en tenir aux circonstances du cas concret (ATF 139 V 399, p. 403). Les mesures de réinsertion introduites dans le cadre de la 5ème révision de l'AI (art. 14a LAI) visent en particulier les personnes assurées dont la capacité

de travail est restreinte de 50 % au moins depuis 6 mois en raison de difficultés d'ordre psychique. Elles ont pour but de créer les conditions nécessaires permettant une mesure d'ordre professionnel ou le retour sur le marché du travail de la personne assurée (ATF 9_C 602/2009 du 21 décembre 2009, consid. 4.2). Les mesures d'ordre professionnel sont variées afin de réaliser le principe de l'assurance-invalidité selon lequel « la réadaptation prime la rente ». L'office AI doit examiner les possibilités de réadaptation avant d'envisager le versement d'une rente. La gamme des mesures de réadaptation professionnelle prévues ainsi que des prestations connexes est étendue : orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, perfectionnement professionnel, reclassement, placement, aide en capital ou remboursement des indemnités journalières et des frais de déplacement. Selon l'art.18 LAI, l'assuré présentant une incapacité de travail et susceptible d'être réadapté a droit à un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié. Lorsqu'un placement a eu lieu, l'employeur peut recevoir une allocation d'initiation au travail durant la phase de mise au courant. L'AI peut également indemniser l'employeur pour d'éventuels relèvements des cotisations de la prévoyance professionnelle ou de l'assurance perte de gain résultant d'une nouvelle incapacité de travail de la personne assurée (cf. site de l'Office Fédéral des Assurances Sociales – OFAS – les prestations de l'assurance-invalidité, prestations en nature, les mesures de réadaptation). L'assuré a aussi droit à une mesure de reclassement (art. 17 LAI) dans une nouvelle profession ou dans sa profession actuelle si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée (ATF 9_C 409/2014 du 7 novembre 2014 et les références). Enfin, selon l'art. 22 LAI, la personne assurée a droit à des indemnités journalières si les mesures de réadaptation l'empêchent d'exercer une activité lucrative durant trois jours consécutifs au moins ou si, dans son activité habituelle, son incapacité de travail est égale ou supérieure à 50 %. Ont Tribunal cantonal TC Page 6 de 8 droit à ces indemnités les assurés âgés de 18 ans au moins qui exerçaient une activité lucrative avant d'être en incapacité de travail. f) Selon une jurisprudence constante du Tribunal fédéral, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui modifient cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 9C_803/2009 du 25 mars 2010 ; ATF 131 V 242 consid. 2.1 p. 243, 121 V 362 consid. 1b p. 366 et les références, 116 V 246 consid. 1a p. 248 et les références).

E. 4

En l'espèce, la question litigieuse porte sur l'état de santé psychique de la recourante et plus spécifiquement sur les incidences de cet état de santé sur sa capacité de travail, respectivement si des mesures de réadaptation sont indiquées en l'état. Lors du dépôt de la demande de prestations de l'assurance-invalidité, soit en janvier 2012, l'assurée présentait une atteinte à la santé que son médecin traitant avait qualifiée d' « état anxio- dépressif réactionnel, épuisement psychique ». Ce diagnostic a été confirmé par l'expert- psychiatre, dont le rapport date du 27 février 2012, qui a conclu à un « trouble de l'adaptation avec réaction dépressive et anxieuse mixte, en voie de rémission (F 43 22) » ainsi qu'à un « épuisement physico psychique important, en voie de rémission (Z 73.0) ». Selon lui, le dosage de l'antidépresseur que devait prendre l'assurée était insuffisant : « il se situait environ à la moitié du niveau thérapeutique exigé ». Par ailleurs, « au stade actuel, les deux affections sont à considérer comme insuffisamment traitées, il existe une importante marge d'amélioration (...) ». S'agissant des possibilités de reprise du travail, l'expert indique que

« l'assurée est en incapacité de travail prolongée depuis la fin du mois d'avril 2011. Une amélioration relative est obtenue en ce moment. Nous avons préconisé une reprise d'activité prochainement, à savoir dès le 1er mars 2012 ». Concernant les possibilités de reclassement professionnel, le psychiatre mentionne que « théoriquement, l'assurée pourrait suivre un reclassement professionnel, mais selon toutes les informations obtenues, elle est très efficace et contente dans son activité. Elle pourrait certainement bien fonctionner dans un cadre normal avec des horaires normaux et un cahier des charges bien défini. Nous pensons que là, au moins pour le moment, elle a la personnalité et les capacités pour un poste à responsabilités ». De son côté, le médecin SMR précise que « un trouble de l'adaptation est, par définition (CIM 10 : F43.2), une affection réactionnelle à un changement existentiel important ou à un évènement stressant [ndlr : « harcèlement au travail, naissance du 3ème enfant, difficultés conjugales]. Aucun des symptômes qui le caractérise « n'est suffisamment grave ou marqué pour justifier un diagnostic plus spécifique ». Ce trouble « ne persiste guère au-delà de six mois ». « Il s'agit donc d'une affection ne justifiant pas une incapacité de travail durable au sens de l'AI. La reprise du travail est attestée exigible par l'expert après moins d'une année d'arrêt de travail. Depuis l'expertise, le médecin traitant a attesté à trois reprises successives une amélioration de l'état de santé. Par conséquent, sur le plan médical, on doit conclure à l'absence d'incapacité de travail durable médicalement justifiée ». Il conclut ainsi à l'absence d'incapacité de travail durable et de diagnostic ayant une conséquence sur la capacité de travail de l'assurée. Il estime que l'activité antérieure est exigible de sa part à 100% sans limitation, dès le 1er mars 2012. L'assurée ne conteste pas l'expertise et ne dit pas en quoi celle-ci serait erronée. Elle se contente de relever que son état de santé ne lui permet pas de travailler. Par ailleurs, elle fournit une Tribunal cantonal TC Page 7 de 8 attestation médicale de son psychiatre traitant, rédigée près de deux ans après l'expertise et postérieure à la décision rendue par l'OAI, indiquant une dégradation de son état de santé et réclamant des mesures de réadaptation. La Cour constate que tant l'expertise psychiatrique que les conclusions du médecin SMR reposent sur une constatation objective des faits et sont fondés sur une analyse circonstanciée de l'état de santé de la recourante, en parfaite conformité avec les exigences de la jurisprudence. La recourante ne les remet du reste pas en cause. Lorsque l'expertise a été rendue, elle présentait certes une atteinte à sa santé, mais celle-ci, outre le fait qu'elle était insuffisamment traitée et malgré tout en voie de rémission, ne nécessitait pas la mise en œuvre de mesures de réadaptation, l'expert ayant conclu que l'assurée pouvait sans autre reprendre son activité antérieure à 100%, pour laquelle, au demeurant, elle avait toutes les capacités et les moyens de le faire et qui lui convenait parfaitement. En particulier, relevons que les diagnostics de troubles de la personnalité codifiés sous Z dans l'ICD-10 ne constituent en principe pas des maladies invalidantes (cf. Tribunal fédéral, arrêts 9C_605/2012 du 23 janvier 2013 et 9C_537/2011 du 28 juin 2012 consid. 3.1) et que l'autre diagnostic psychiatrique retenu ne saurait persister au-delà d'une période de six mois, largement dépassée lorsque l'expert s'est exprimé. A cela s'ajoute encore le fait que l'atteinte à la santé était de celles qui sont facilement traitables, aux dires de l'expert, par une médication appropriée, traitement que la recourante n'avait manifestement pas totalement suivi, contrevenant par là à son obligation de réduire le dommage. A défaut d'incapacité de travail, la recourante ne peut prétendre à une rente. De plus, moins d'une année s'était écoulée entre le début de l'incapacité totale de travail et la reprise possible de celui-ci selon l'expertise. Partant, l'assurée ne pouvait pas non plus prétendre à une rente de ce point de vue-là. A cet égard, l'OAI a dès lors rendu une décision qui ne souffre aucune

critique, l'état de santé de la recourante ne justifiant l'octroi ni d'une mesure de réadaptation ni d'une rente. La recourante a toutefois fait valoir une aggravation de son état de santé, médicalement attestée, au cours de la procédure de recours. Or, après que l'OAI lui ait communiqué son projet de décision, le 28 octobre 2013, la recourante était déjà suivie – depuis le mois de septembre 2012 au moins – selon les dires de son médecin traitant, par un psychiatre. A cette occasion, aucune attestation médicale faisant état de cette aggravation de l'état de santé n'a été fournie à l'OAI ni par l'assurée ni par ce spécialiste. Ce n'est que le 10 janvier 2014, au stade de la procédure de recours, que la Dresse J. _____ a émis un certificat médical faisant état d'un diagnostic de : « épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F 32.2 selon la CIM), depuis au moins le 02.10.13, traduisant une aggravation importante de son état de santé ». Au vu de ce qui précède et conformément à la jurisprudence ci-dessus rappelée, le Tribunal de céans est tenu de rendre son jugement sur la base de l'état de fait existant au moment de la décision litigieuse. Partant, il sied de constater que, lors de l'élaboration de la décision, la recourante n'a, à aucun moment, fait valoir une aggravation de son état de santé qui aurait permis à l'OAI de procéder différemment. Surtout, le certificat médical de janvier 2014 ne permet pas d'établir à satisfaction de droit l'aggravation dont elle se prévaut dans la mesure où il apparaît que la psychiatre susmentionnée ne la suit que précisément depuis le 2 octobre 2013 et qu'elle ne peut dès lors guère se prononcer sur l'évolution de son état de santé avant cette date; en outre, ce document est trop bref pour rendre même plausible une telle aggravation. Dès lors, c'est à bon droit que l'OAI a rendu la décision litigieuse sur la base des éléments en sa possession. Cela étant, si d'aventure son état de santé devait avoir conséquemment empiré, rien ne l'empêche de déposer une nouvelle demande, certificats médicaux circonstanciés à l'appui. Tribunal cantonal TC Page 8 de 8 Mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision attaquée maintenue. Les frais de justice sont fixés à 400 francs et mis à la charge de la recourante qui succombe. la Cour arrête: I. Le recours est rejeté. II. Les frais de justice sont fixés à 400 francs et mis à la charge de la recourante. III. Communication. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 12 mars 2015/ESC Présidente Greffier-stagiaire